INSUFFISANCE RENALE AIGUË

DEFINITION :

- Diminution du débit de filtration glomérulaire responsable d'un syndrome d'urémie aiguë (élévation créatininémie et urémie)
- Constitution brutale ou rapidement progressive (qq heures à qq semaines)
- Soit chez un patient sans IRA préalable soit chez un patient atteint IRC.

EN PRATIQUE IL FAUT :

1. Confirmer le Dg
2. Caractériser l'IRA (fonctionnelle ou organique) et orientation étiologique
3. Apprécier la gravité (retentissement)
4. Débuter le traitement symptomatique +/- étiologique en fonction

LE DIAGNOSTIC POSITIF REPOSE SUR L'ANALYSE DE BIOLOGIE PLASMATIQUE (+/- URINAIRE)

- Elévation de la créatine plasmatique (attention aux patients dénutris et/ou agés)
- Elévation de l'urée plasmatique (attention IHC et hémorragies digest.)
- Au mieux diminution de la clearance de la créatinine (<80 ml/mn)

<u>Calcul de la clearance de la créatinine :</u>

$$\text{Clcr (ml/mn)} = \frac{(140-\text{ âge}) \times \text{poids}}{7{,}2 \times \text{créatininémie (mg)}} \quad \text{(Cockcroft) 0,85 femme}$$

Ucréat x V / P créat

- On distingue les IRA :
  - anurique : D<100 cc/24h
  - oligurique : 100<D<500 cc/24h
  - diurèse conservée : D>500 cc/24h

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

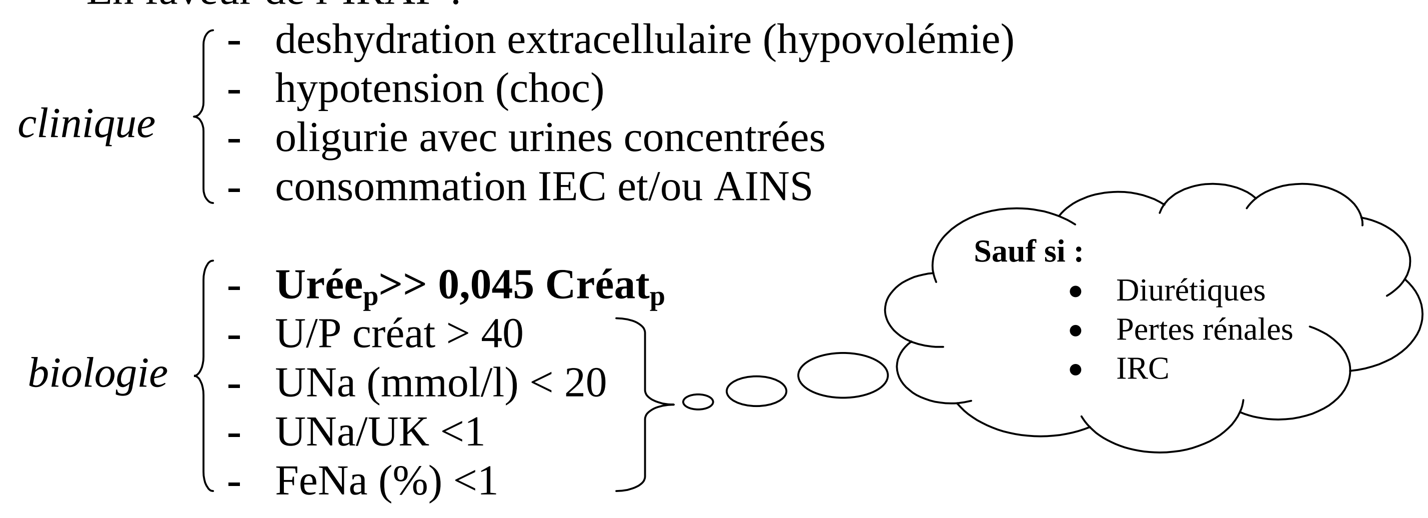
- Eliminer un globe vésicale devant une anurie
- Confirmer le caractère aiguë de l'IRA
  - anamnèse
  - hypocalcémie, hyperphosphorémie ➔? IRC
  - anémie normochrome normocytaire ➔? IRC
  - taille des reins diminuée ➔ ? IRC

CARACTERISER L'IRA

K **L'IRA Fonctionnelle :**

- hypoperfusion rénale dépassant les capacités d'autorégulation rénale
- altération de l'autorégulation rénale (AINS, IEC)

- En faveur de l'IRAF :



- Étiologies

Toutes les causes de DEC :

- Extra-rénales : digestives, cutanées, troisièmes secteur

- Rénales :
  - polyurie osmotiques (diabète, mannitol)
  - insuffisance surrénale
  - levée d'obstacle
  - diabète insipide néphrogénique
  - néphrites interstitielles

Hypovolémie/ état de choc :

- hémorragie
- état de choc cardiogénique
- choc septique
- surdosage en antihypertenseurs

Trouble de l'hémodynamique intra-rénale ➔ IEC, AINS

Hypoalbuminémie profondes ➔ IHC sévère, synd. Néphrotique

K **<u>IRA Organiques</u>** = Atteinte lésionnelle du parenchyme rénale

- Arguments en faveur d'une IRAO :

clinique
- absence d'arguments pour IRAF
- HTA, œdème, hématurie, protéinurie
- contexte pathologique évocateur (maladie de système, ATCDs, prise médicamenteuses néphrotoxiques…)
- état de choc, sepsis
- diurèse conservée

biologique
- U/P Urée <3
- U/P créat <20
- UNa (mmol/l) > 40
- UNa/UK >1
- FeNa(%)>1

- Tubulaire = nécrose tubulaire aiguë (80% cas)

  État de choc prolongé

  Rhabdomyolyse

  Toxique (éthylène glycol…) et médicaments (aminosides, cisplatine…)

  Produit de contraste

  Hémolyse intravasculaire

  Sd de lyse (obstruction tubulaire)

- Interstitielle = néphropathie interstitielle aiguë (10-15%)

  *Infectieuse :*bactérienne (scépticémie, pyelonéphrite, leptospirose), virale

  Immuno-allergique

- Glomérulaire ou glomérulo-vasculaire

  GNA endocapillaire postinfectieuse

  GN extra-capillaire (Goodpasture, LEAD, Cryoglobulinémie, purpura rhumathoïde, angéites)

  Microangiopathie thrombotiques

K **IRA Obstacle :**

- A évoquer systématiquement devant toute IRA

En faveur d'un obstacle :

- survenue brutale et douloureuse
- fosses lombaires douloureuses, reins palpables
- processus expansif pelvien et/ou retropéritonéal
- alternance polyurie et oligurie
- hématurie macroscopique

Diagnostic ➔ Echographie rénale

K **IRA vasculaire pure** = obstruction artérielles ou veineuse rénale

- Terrain particulier : Rein unique

artère
- Terrain athéromateux
- Cardiopathie emboligène
- Pathologie de l'aorte abdominale

veine
- Sd néphrotique
- Maladie thrombo-embolique

INDICATION DE LA PBR DANS L'IRA

Toujours à discuter selon le contexte et au cas/cas

- **Protéinurie importante, sd néphrotique**
- **Signes extra-rénaux de signification incertaine**
- **Hématurie microscopique ou macroscopique sans caillot**
- **Circonstances étiologiques confuses ou incertaines**
- **Absence de reprise de la fonction rénale dans les délais habituels**

APPRECIER LA GRAVITE

- **Rechercher les conséquences cliniques et biologiques de l'IRA qui mettent en jeu le pronostic vital à court terme**

  - **Hyperhydratation extra et/ou intracellulaire**
    - OAP
    - Troubles de conscience
  - **Troubles ioniques**
    - Hyperkalièmie
    - Acidose
  - **Apprécier le catabolisme (sepsis)**
  - **Degrès de rétention des déchets azotés**
  - **Rechercher une hémorragie digestive**

TRAITEMENT :

1. **Suppression ou traitement de la cause**
    - médicaments
    - lever de l'obstacle
    - réhydratation, traitement du choc…
2. **Traitements symptomatiques et prévention des complications:**
    - diurétiques à fortes doses précoces si IRA organique
    - prévention et traitement de l'hyperkaliémie et de l'acidose
    - apports hydrosodés adaptés aux pertes
    - prévention de l'hémorragie digestive
3. **Indication D'EER**
    - **En urgences :**
        - Si troubles métaboliques et/ou surchage volémiques menaçants
        - Si toxiques dialysable
    - **A discuter dans les cas suivants sans urgence et en fonction du contexte:**
        - Urée > 30 mmol/l
        - Créatinine> 700µmol/l
        - K+ > 5,5 mmol/l
4. **Traitements spécifiques (en milieu spécialisé)**